



**Primavera 2000**



**SEGUIMIENTO DE KINDERGARTEN Y  
PRIMER GRADO**

de la  
**Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño en  
Head Start**

**ENTREVISTA DE LOS PADRES**

Child name: \_\_\_\_\_

ID number: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Interviewer: \_\_\_\_\_

Complete

Buenos(as) (días/tardes/noches), ¿podría hablar con [SPRING '99 RESPONDENT]?

S1. SPRING '99 RESPONDENT IS:

- THERE AND AVAILABLE..... 1 (GO TO MAIN INTRODUCTION)
- NOT CURRENTLY AVAILABLE..... 2
- NO LONGER THERE ..... 3 (GO TO S3)

S2. ¿Cuál sería la mejor hora para que yo llame nuevamente para comunicarme con (él/ella)?

BEST DAY: \_\_\_\_\_ TIME: \_\_\_\_\_

**THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION. RECORD CALLBACK INFORMATION ON CALL RECORD.**

S3. Estoy tratando de comunicarme con la persona mayormente responsable de [CHILD]. ¿Sería esa persona (aún) [SPRING '99 RESPONDENT]?

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (GO TO S5)

S4. ¿Podría decirme por favor cómo me puedo comunicar con (él/ella)?

CALLE: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

**THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION. USE INFORMATION OBTAINED ABOVE TO CONTACT SPRING '99 RESPONDENT.**

S5. ¿Quién es la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_

**THANK RESPONDENT AND END CONVERSATION. USE INFORMATION OBTAINED ABOVE TO CONTACT SPRING '99 RESPONDENT.**

S6. ¿Cuál es (su relación/la relación de (él/ella)) con [CHILD]? (DO NOT READ LIST. CIRCLE ONE RESPONSE.)

MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA) .....	01
PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO).....	02
MADRASTRA .....	03
PADRASTRO .....	04
ABUELA.....	05
ABUELO.....	06
BISABUELA .....	07
BISABUELO .....	08
HERMANA/MEDIA HERMANA O HERMANASTRA .....	09
HERMANO/MEDIO HERMANO O HERMANASTRO .....	10
OTRA PARIENTA O PARIENTA POLITICA (FEMENINA) .....	11
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLITICO (MASCULINO).....	12
MADRE ADOPTIVA.....	13
PADRE ADOPTIVO .....	14
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (FEMENINA) .....	15
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (MASCULINO).....	16
COMPAÑERA DEL PADRE O DE LA MADRE.....	17
COMPAÑERO DEL PADRE O DE LA MADRE.....	18

S7. Desde la última primavera, ¿cuántos meses ha sido (usted/él/ella) la persona mayormente responsable del cuidado de [CHILD]?

CANTIDAD DE MESES: \_\_\_\_\_

S8. LA PERSONA MAYORMENTE RESPONSABLE ES:

- |   |   |
|---|---|
| LA PERSONA CON QUIEN USTED<br>ESTA HABLANDO ACTUALMENTE ..... | 1 (GO TO MAIN INTRODUCTION)   |
| ALGUNA OTRA PERSONA .....                                     | 2 (THANK R AND END CONVERSATION.<br>USE INFORMATION FROM S5 TO<br>CONTACT MOST RESPONSIBLE<br>PERSON) |

## MAIN INTRODUCTION

(Buenos(as) (días/tardes/noches)), mi nombre es \_\_\_\_\_ (y estoy llamando) de Westat. Nosotros somos parte de un equipo de investigación que está realizando un estudio del Programa de Head Start. (Posiblemente usted recuerde que) alguien del equipo de investigación habló con (usted/SPRING '99 RESPONDENT) la última primavera, mientras su niño, [CHILD'S NAME], estaba asistiendo a (Head Start /kindergarten).

Como parte de este mismo estudio, la Encuesta de las Experiencias de la Familia y el Niño, quisiéramos entrevistarle a usted nuevamente, administrar una evaluación del niño a [CHILD], y hacerle algunas preguntas a la maestra actual de [CHILD]. El estudio nos ayudará a aprender más acerca de lo que le pasa a los niños y a las familias que han participado en Head Start y qué pasa cuando los niños entran a (kindergarten/primer grado). Queremos tener su punto de vista sobre cómo está progresando [CHILD] en la escuela y lo que está pasando ahora en su familia. Esta información será usada para ayudar a Head Start a servir mejor a los niños y a las familias. Para compensarle por su tiempo usado en participar en este estudio, cuando [CHILD] sea evaluado usted recibirá \$ 25.00.

S9. Quisiéramos hacerle ahora algunas preguntas a *usted*, (similar a la entrevista que usted hizo la última primavera). Esta debería tomar 30 minutos más o menos.

**IF THIS IS NOT A GOOD TIME TO COMPLETE THE INTERVIEW, RECORD  
APPOINTMENT TIME ON THE CALL RECORD.**

**THEN COMPLETE THE CONSENT/TEACHER PERMISSION FORM.**

Primero, quiero que sepa que su participación es voluntaria y que sus respuestas serán mantenidas en completa confidencia.

S10. Quiero confirmar solamente su relación o parentesco con [CHILD]? ¿Es usted su...

MADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVA) .....	01
PADRE (DE NACIMIENTO/ADOPTIVO).....	02
MADRASTRA .....	03
PADRASTRO .....	04
ABUELA.....	05
ABUELO.....	06
BISABUELA .....	07
BISABUELO .....	08
HERMANA/MEDIA HERMANA O HERMANASTRA .....	09
HERMANO/MEDIO HERMANO O HERMANASTRO .....	10
OTRA PARIENTA O PARIENTA POLITICA (FEMENINA) .....	11
OTRO PARIENTE O PARIENTE POLITICO (MASCULINO).....	12
MADRE ADOPTIVA.....	13
PADRE ADOPTIVO .....	14
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (FEMENINA) .....	15
OTRA PERSONA QUE NO ES PARIENTE (MASCULINO).....	16
COMPAÑERA DEL PADRE O DE LA MADRE.....	17
COMPAÑERO DEL PADRE O DE LA MADRE.....	18

S11. Ahora, acerca de su conocimiento de idiomas. ¿Cuál es el primer idioma que usted aprendió a hablar?

- INGLES ..... 1 (GO TO S13)
- ESPAÑOL ..... 2
- INGLES Y ESPAÑOL IGUALMENTE..... 3
- INGLES Y OTRO IDIOMA IGUALMENTE..... 4
- OTRO IDIOMA ..... 5
- (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

S12. ¿Qué idioma habla usted ahora mayormente en el hogar?

- INGLES ..... 1
- ESPAÑOL ..... 2
- INGLES Y ESPAÑOL IGUALMENTE..... 3
- INGLES Y OTRO IDIOMA IGUALMENTE..... 4
- OTRO IDIOMA ..... 5
- (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

S13. Ahora quisiera hablar con usted acerca de las experiencias de [CHILD] en la escuela. ¿Está [CHILD] asistiendo (o matriculado) en la escuela?

- SI..... 1
- NO..... 2 (GO TO S16)
- RECIBE LA EDUCACION EN EL HOGAR ..... 3 (GO TO S16)

S14. ¿A qué grado o año está asistiendo [CHILD]

- HEAD START ..... 1 (GO TO S16)
- GUARDERIA INFANTIL/PRESCOLAR/PREKINDERGARTEN.. 2 (GO TO S16)
- KINDERGARTEN DE TRANSICION ..... 3
- KINDERGARTEN ..... 4
- PREPRIMER GRADO (DESPUES DE KINDERGARTEN)..... 5 } (GO TO S18)
- PRIMER GRADO ..... 6
- SEGUNDO GRADO ..... 7
- SIN GRADO ..... 8 (GO TO S15)

S15. ¿En qué grado estaría [CHILD] si (él/ella) estuviése asistiendo a una escuela con grados regulares?

- GUARDERIA INFANTIL/PRESCOLAR/PREKINDERGARTEN.. 1 (GO TO S16)
- KINDERGARTEN DE TRANSICION ..... 2
- KINDERGARTEN ..... 3
- PREPRIMER GRADO (DESPUES DE KINDERGARTEN)..... 4 } (GO TO S18)
- PRIMER GRADO ..... 5
- SEGUNDO GRADO ..... 6
- SIN GRADO, SIN EQUIVALENTE..... 7 (GO TO S16)

S16. ¿Espera usted que [CHILD] sea matriculado(a) en (kindergarten/primer grado/segundo grado) el próximo año o el año después de éste?

- EL PROXIMO AÑO..... 1
- EL AÑO DESPUES DE ESE ..... 2
- NINGUNO, NO ESPERA QUE EL NIÑO ASISTA A (K/1º/2º)..... 3
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW..... 8

S17. Esta primavera estamos mirando solamente a los niños que están asistiendo a kindergarten y primer grado. [Pero quisiéramos llamarle la próxima primavera, cuando [CHILD] esté en (kindergarten /primer grado)]. No tengo más preguntas para usted ahora mismo, pero gracias por su tiempo.

*(VERIFY MAILING ADDRESS AND NAME ON TRACKING INFORMATION FORM.)*

**END INTERVIEW**

S18. CHILD IS ATTENDING.

- KINDERGARTEN ..... 1 *(GO TO A1)*
- PREFIRST GRADE/FIRST GRADE/2<sup>ND</sup> GRADE ..... 2 *(GO TO C1)*
- FIRST GRADE BUT PARENT DID NOT  
COMPLETE 1999 INTERVIEW ..... 3 *(GO TO BOX A4)*



## A. HEAD START EXPERIENCE

A1. ¿Es éste el primer año de (CHILD) en kindergarten?

SI..... 1 (GO TO BOX A4.)  
 NO..... 2 (GO TO A2.)

A2. ¿Estuvo usted de acuerdo con la decisión de la escuela de hacer que su niño(a) tomara un segundo año de kindergarten? ¿Diría usted ...

Totalmente de acuerdo con la decisión de la escuela?..... 1  
 Algo de acuerdo con ésta?..... 2  
 Algo en desacuerdo con la decisión de la escuela?..... 3  
 Totalmente en desacuerdo con la decisión de la escuela?..... 4

A3. ¿Ha tenido su niño(a) un maestro diferente este año o el mismo maestro que (él/ella) tuvo el año pasado?

Un maestro diferente ..... 1  
 El mismo maestro ..... 2

A4. ¿Ha recibido su niño(a) alguna instrucción o tutoría especial o lo(a) pusieron a (él/ella) en una clase o grupo especial para ayudarle este año o (él/ella) ha recibido más o menos el mismo tipo de instrucción que recibió el año pasado?

INSTRUCCIÓN O TUTORÍA ESPECIAL..... 1  
 CLASE O GRUPO ESPECIAL ..... 2  
 EL MISMO TIPO DE INSTRUCCIÓN QUE EL AÑO PASADO..... 3

**BOX A-4**

**RESPONDENT**

**COMPLETED K PARENT INTERVIEW LAST YEAR..... 1 (GO TO C1)**  
**DID NOT COMPLETE K PARENT INTERVIEW LAST YEAR..... 2 (GO TO A5)**

A5. ¿Siguió yendo [CHILD] a Head Start hasta el final de año del programa, o dejó (él/ella) de ir antes que finalizara el programa?

SIGUIO YENDO HASTA EL FINAL DE AÑO DEL  
 PROGRAMA ..... 1 (SKIP TO SECTION B)  
 DEJO DE IR ANTES QUE FINALIZARA EL AÑO DEL  
 PROGRAMA ..... 2 (GO TO A6)  
 OTRO (ESPECIFIQUE)..... 3 (GO TO A6)

A6. ¿Cuándo dejó [CHILD] de ir a Head Start?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 MES      DIA      AÑO

A7. ¿Por qué dejó de ir [CHILD] a Head Start? ¿Cuál fue la razón más importante?  
(CIRCLE ONLY ONE)

- ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 01
- ENFERMEDAD DE MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 02
- CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O ESCUELA  
DE LOS PADRES ..... 03
- FALTA DE TRANSPORTACION ..... 04
- MAL TIEMPO ..... 05
- EL/LA NIÑO(A) NO QUISO IR ..... 06
- DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR A (AL/A LA)  
NIÑO(A) O MANDARLE A OTRO LUGAR..... 07
- NECESITABA CUIDADO PARA EL NIÑO EL DIA COMPLETO..... 08
- OTRO (especifique) \_\_\_\_\_ ..... 09

A8. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que empezara kindergarten (o primer grado), ¿matriculó usted a [CHILD] en otro lugar preescolar o programa de desarrollo del niño?

- SI..... 1
- NO..... 2 (SKIP TO A13.)

**IF MORE THAN ONE PROGRAM, ASK ABOUT PRIMARY PROGRAM.**

A9. ¿Qué tipo de programa era ése? ¿Era éste...

- Un prekindergarten de escuela pública, ..... 1
- Un prekindergarten o jardín infantil de escuela privada,..... 2
- Una guardería infantil o programa de desarrollo del niño,..... 3
- Otro programa Head Start, o..... 4
- Algún otro lugar? (Especifique) \_\_\_\_\_ 5

A10. ¿Cuánto días a la semana iba [CHILD] a ese programa?

DIAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

A11. ¿Cuántas horas a la semana estaba [CHILD] en ese programa?

HORAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

A12. En cuanto a ayudarle a [CHILD] a aprender y estar preparado(a) para la escuela, ¿piensa usted que el programa era....

- No tan bueno como Head Start, ..... 1
- Tan bueno como Head Start, o ..... 2
- Mejor que Head Start? ..... 3

A13. Después que (él/ella) dejó de ir a Head Start y antes que (él/ella) empezara kindergarten (o primer grado), ¿recibió [CHILD] cuidado para el niño en forma regular de alguien distinto a un pariente? (Es decir, cuidado al niño distinto al programa preescolar acerca del cual usted me acaba de hablar. No cuente el uso de niñeras ocasionales.)

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO B1.)

A14. ¿Dónde fue proporcionado ese cuidado? (IF MORE THAN ONE CHILD CARE ARRANGEMENT, ASK ABOUT PRIMARY ARRANGEMENT. CIRCLE ONE RESPONSE.)

EN EL HOGAR DEL NIÑO POR UN PARIENTE ..... 01  
 EN EL HOGAR DEL NIÑO POR ALGUIEN QUE NO ES PARIENTE.. 02  
 EN EL HOGAR DE UN PARIENTE ..... 03  
 EN EL HOGAR DE UN AMIGO O VECINO ..... 04  
 EN EL HOGAR DE UNA GUARDERÍA INFANTIL FAMILIAR ..... 05  
 GUARDERÍA INFANTIL ..... 06  
 OTRO (ESPECIFIQUE) ..... 07

A15. ¿Estaba esa persona o lugar licenciado, certificado, o regulado?

SI ..... 1  
 NO ..... 2  
 DON'T KNOW ..... 8

A16. ¿Cuántos días a la semana (cuidaba a [CHILD] esa persona/cuidaban a [CHILD] en ese lugar)?

DIAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

A17. ¿Cuántas horas a la semana (cuidaba a [CHILD] esa persona/cuidaban a [CHILD] en ese lugar)?

HORAS A LA SEMANA \_\_\_\_\_

<b>BOX A-17</b>	
<b>CHILD IS IN ....</b>	
<b>KINDERGARTEN.....</b>	<b>1 (GO TO B1)</b>
<b>FIRST GRADE.....</b>	<b>2 (GO TO C1)</b>



**B. KINDERGARTEN SCHOOL CHARACTERISTICS**

**IF CHILD IS IN FIRST GRADE, GO TO C1.**

Ahora quisiera hablar con usted acerca de las experiencias de [CHILD] en la escuela.

B1. ¿Va [CHILD] a kindergarten de día completo, o de día parcial?

DIA COMPLETO..... 1  
DIA PARCIAL..... 2

B2. ¿Cuántas horas pasa cada día (él/ella) en kindergarten?

CANTIDAD DE HORAS POR DIA: \_\_\_\_\_

B3. ¿Cuántos días pasa cada semana (él/ella) en kindergarten?

CANTIDAD DE DIAS POR SEMANA: \_\_\_\_\_

B4. ¿Aproximadamente cuántos días ha estado ausente de clases [CHILD] desde el principio del año escolar, es decir, desde el último Septiembre?

CANTIDAD DE DIAS AUSENTE: \_\_\_\_\_

**BOX B-4**  
**IF NUMBER OF DAYS ABSENT IS GREATER THAN 5 CHECK THIS BOX...**   
**AND THEN ASK B5. OTHERWISE, GO TO C1.**

B5. ¿Cuál es la razón más frecuente de la ausencia a clases de [CHILD]?

ENFERMEDAD DEL NIÑO..... 01  
ENFERMEDAD DE MIEMBRO DE LA FAMILIA..... 02  
CONFLICTO CON EL HORARIO DE TRABAJO O ESCUELA  
DE LOS PADRES ..... 03  
FALTA DE TRANSPORTACION ..... 04  
MAL TIEMPO ..... 05  
EL/LA NIÑO(A) NO QUISO IR ..... 06  
DECISION DE LOS PADRES DE NO MANDAR (AL/A LA)  
NIÑO(A) O MANDARLE A OTRO LUGAR..... 07  
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_ 08



### C. SCHOOL CHARACTERISTICS

(Ahora hablemos acerca de la escuela a la que va [CHILD] (ahora).)

C1. ¿Va [CHILD] a una escuela pública o privada?

- PUBLICA ..... 1 (GO TO C4)
- PRIVADA..... 2
- RECIBE LA EDUCACION EN EL HOGAR ..... 3 (GO TO C4)

C2. ¿Está la escuela relacionada con la iglesia o no está relacionada con la iglesia ?

- RELACIONADA CON LA IGLESIA..... 1
- NO RELACIONADA CON LA IGLESIA..... 2 (GO TO C4)

C3. ¿Es ésta una escuela Católica?

- SI..... 1
- NO..... 2

C4. ¿Aproximadamente cuántos estudiantes hay en la clase de [CHILD]?

CANTIDAD DE ESTUDIANTES EN LA CLASE: \_\_\_\_\_

C5. ¿Cuántos maestros hay en la clase de [CHILD]?

CANTIDAD DE MAESTROS EN LA CLASE: \_\_\_\_\_

C6. Desde el principio de este año escolar, ¿ha estado [CHILD] en la misma escuela?

- SI..... 1
- NO..... 2

## D. SCHOOL PRACTICES

D1. Para cada afirmación que yo le lea a usted, por favor dígame qué tan bien ha estado haciendo la escuela de [CHILD] las siguientes cosas (durante este año escolar):

[IF NECESSARY, READ AFTER EACH STATEMENT.]: ¿Diría usted que la escuela de [CHILD] *hace esto muy bien, bien solamente, o no lo hace.*

	<b>Hace esto muy bien</b>	<b>Bien sola- mente</b>	<b>No lo hace</b>	<b>Don't know</b>
a. Le deja saber a usted (entre informes de notas) cómo está progresando [CHILD] en la escuela. ....	1	2	3	8
b. Le ayuda a usted a comprender cómo son los niños de la edad de [CHILD] .....	1	2	3	8
c. Le hace conciente a usted de las posibilidades de hacer trabajo voluntario en la escuela .....	1	2	3	8
d. Provee talleres, materiales, o consejo acerca de cómo ayudar a [CHILD] a aprender en la casa .....	1	2	3	8
e. Provee información acerca de los servicios de la comunidad para ayudar a [CHILD] o a su familia .....	1	2	3	8

IF LANGUAGE MOST SPOKEN AT HOME IS NOT SPANISH/ENGLISH) ASK:

f. Comprenden las necesidades de las familias que no hablan (español/inglés) .....	1	2	3	8
--	---	---	---	---

## E. FAMILY/SCHOOL INVOLVEMENT

Ahora quisiera preguntarle acerca de su participación en la escuela actual de [CHILD].

E1. Desde el principio de este año escolar, ¿usted ha ...

	YES	NO
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche para celebrar el regreso a la escuela, o una reunión de una organización de padres y maestros? .....	1	2
b. Ido a una conferencia para padres y maestro regularmente programada con el maestro de [CHILD]? .....	1	2
c. Asistido a un evento de la clase o de la escuela, tal como la representación de una obra de teatro, (o) un evento deportivo por motivo de [CHILD]? .....	1	2
d. ¿Actuado como voluntario(a) en la escuela o trabajado en un comité? .....	1	2

**IF E1a-d ARE ALL NO, SKIP TO F1**

E2. Durante este año escolar, ¿más o menos cuántas veces ha ido a reuniones o participado en actividades en la escuela de [CHILD]?

CANTIDAD DE VECES: \_\_\_\_\_

## F. TEACHER FEEDBACK ON CHILD'S SCHOOL PERFORMANCE AND BEHAVIOR

Aquí hay algunas de las cosas que los maestros le cuentan a los padres acerca de cómo están progresando sus niños en la escuela. Para cada una, por favor dígame si un maestro dijo algo como ésto acerca de [CHILD], o lo escribió en una nota o en un informe de notas durante este año escolar, aún si usted no estuvo de acuerdo.

F1. Desde el principio de este año escolar, ¿ha dicho o escrito un maestro que [CHILD]...

	YES	NO
a. Ha estado progresando realmente bien en la escuela? .....	1	2
b. No ha estado aprendiendo de acuerdo a sus capacidades? .....	1	2
c. No se concentra, o no presta atención por mucho rato? .....	1	2
d. Ha estado portándose mal o interrumpiendo la clase? .....	1	2
e. Ha parecido frecuentemente triste o infeliz en clase?.....	1	2
f. Ha estado inquieto(a), se agita mucho, o no se sienta quieto(a)? .....	1	2
g. Ha estado teniendo problemas para esperar su turno, compartir o cooperar con otros niños? .....	1	2
h. Se lleva bien con otros niños o trabaja bien en un grupo? .....	1	2
i. Es muy entusiasta y tiene interés en muchas cosas diferentes?.....	1	2
j. Le falta confianza para aprender cosas nuevas o para tomar parte en actividades nuevas? .....	1	2
k. Es difícil entender lo que [CHILD] dice?.....	1	2
l. Está frecuentemente con sueño o cansado(a) en clases? .....	1	2
m. Le gusta hablar en clases y expresar sus ideas? .....	1	2
n. Está frecuentemente aburrido(a) en clases?.....	1	2

F2. Que usted sepa, ¿va a ser promovido(a) [CHILD] a (primer grado/segundo grado/tercer grado) este próximo otoño, o (él/ella) pasará otro año en (kindergarten/primer grado/segundo grado)?

SI, SERA PROMOVIDO(A) A (PRIMER/SEGUNDO/TERCER) GRADO .	1
NO, PASARA OTRO AÑO EN (KINDERGARTEN/PRIMER GRADO/SEGUNDO GRADO) .....	2
NO, IRA A UNA CLASE DE TRANSICION.....	3

F3. Ahora que [CHILD] ha estado en (kindergarten/primer grado/segundo grado) por la mayor parte de un año escolar, ¿qué tan satisfecho(a) está usted con lo que Head Start hizo para ayudar a [CHILD] y a su familia a estar preparados para la escuela? ¿Está usted...

Muy insatisfecho(a), .....	1
Algo insatisfecho(a), .....	2
Algo satisfecho(a), o.....	3
Muy satisfecho(a)?.....	4

## G. YOUR CHILD'S ABILITIES

G1. CHILD IS IN ....

KINDERGARTEN .....	1 (GO TO G2)
FIRST GRADE .....	2 (GO TO G6)

Las siguientes preguntas son acerca de las cosas que diferentes niños hacen a diferentes edades. Estas cosas pueden o no ser verdaderas para [CHILD].

G2. ¿Puede identificar [CHILD] los colores rojo, amarillo, azul, y verde por el nombre? ¿Diría usted...

Todos ellos,.....	1
Algunos de ellos, o.....	2
Ninguno de ellos? .....	3

G3. ¿Puede (él/ella) reconocer...

Todas las letras del alfabeto, .....	1
La mayoría de ellas,.....	2
Algunas de ellas, o.....	3
Ninguna de ellas?.....	4

G4. ¿Hasta cuánto puede contar [CHILD]? ¿Diría usted que...

Nada, .....	1
Hasta cinco, .....	2
Hasta diez, .....	3
Hasta veinte, .....	4
Hasta cincuenta, o.....	5
Hasta 100 o más?.....	6

G5. ¿[CHILD]....

	Yes	No
a. Mayormente escribe y dibuja en lugar de hacer garabatos? .....	1	2
b. Escribe su nombre, aún si algunas letras están al revés? .....	1	2
c. Tropieza, da un traspie o se cae fácilmente? .....	1	2
d. Tartamudea o balbucea? .....	1	2
e. Cuando [CHILD] habla, ¿lo(a) entiende a (él/ella) un extraño? .....	1	2

G6. ¿Puede leer [CHILD] ahora libros de cuento por su propia cuenta?

SI.....	1
NO.....	2 (GO TO G9)

G7. ¿Lee realmente [CHILD] las palabras escritas en el libro, o (él/ella) mira el libro y simula leer?

LEE LAS PALABRAS ESCRITAS .....	1
SIMULA LEER.....	2 (GO TO G10)
HACE AMBAS COSAS.....	3

G8. ¿Qué edad tenía [CHILD] en años y meses cuando (él/ella) empezó a leer frases simples, completas?

AÑOS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_ (GO TO G11)

G9. ¿Mira alguna vez (él/ella) un libro con dibujos y simula leer?

SI..... 1  
NO..... 2 (GO TO BOX G-10)

G10. Cuando (él/ella) simula leer un libro, ¿parece como un cuento coherente, o dice (él/ella) lo que hay en cada dibujo sin mucha coherencia entre ellos?

PARECE COMO UN CUENTO COHERENTE ..... 1  
DICE LO QUE HAY EN CADA DIBUJO ..... 2  
HACE AMBAS COSAS..... 3

<b>BOX G-10</b>	
<b>CHILD IS IN ....</b>	
<b>KINDERGARTEN.....</b>	<b>1 (GO TO H1)</b>
<b>FIRST GRADE.....</b>	<b>2 (GO TO II)</b>

G11. ¿Más o menos cuántos libros de cuento leyó por su cuenta [CHILD] el último mes? (BOOKS SCHOOL ASSIGNED DO NOT COUNT.)

CANTIDAD DE LIBROS \_\_\_\_\_

G12. ¿Escogió (él/ella) los libros por su cuenta, o usted le ayudó a escogerlos?

LOS ESCOGIO POR SU CUENTA..... 1  
PADRE O MADRE LE AYUDO..... 2  
AMBOS..... 3  
NIÑO NO LEYO LIBROS EL ULTIMO MES..... 4

<b>BOX G-12</b>	
<b>CHILD IS IN ....</b>	
<b>KINDERGARTEN.....</b>	<b>1 (GO TO H1)</b>
<b>FIRST GRADE.....</b>	<b>2 (GO TO II)</b>

## H. YOUR CHILD'S BEHAVIOR

<b>IF CHILD IS IN FIRST GRADE, GO TO II.</b>
--

H1. Le voy a leer una lista de afirmaciones que describen cosas que a veces hacen los niños. Para cada afirmación, quiero que me diga qué tan seguido actúa [CHILD] de esta manera. Para cada una, diría usted que nunca, algunas veces, frecuentemente, o muy frecuentemente?

**(READ ALL ITEMS. CIRCLE ONE RESPONSE FOR EACH. REPEAT CATEGORIES AS NECESSARY.)**

¿Con qué frecuencia [CHILD] ...	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
a. Se une fácilmente con otros para jugar?.....	1	2	3	4
b. Responde apropiadamente si (lo/la) molestan?.....	1	2	3	4
c. Hace y mantiene amigos?.....	1	2	3	4
d. Reconforta o ayuda a otros?.....	1	2	3	4
e. Se preocupa acerca de cosas?.....	1	2	3	4
f. Escucha atentamente a otros?.....	1	2	3	4
g. Actúa como si estuviera triste? .....	1	2	3	4
h. Controla su genio? .....	1	2	3	4
i. Coopera con los miembros de la familia? .....	1	2	3	4
j. Trabaja en algo hasta que lo termina?.....	1	2	3	4
k. Discute con otros?.....	1	2	3	4
l. Pelea con otros? .....	1	2	3	4
m. Muestra interés en una variedad de cosas?.....	1	2	3	4
n. Le dan rabieta cuando no hace lo que él/ella quiere?	1	2	3	4
o. Se concentra en una tarea e ignora las distracciones?.	1	2	3	4
p. Se enoja fácilmente? .....	1	2	3	4
q. Da la impresión de sentirse solitario? .....	1	2	3	4
r. Ayuda con las tareas del hogar?.....	1	2	3	4
s. Tiene problemas para ser aceptado y gustarle a los demás? .....	1	2	3	4
t. Actúa impulsivamente?.....	1	2	3	4
u. Muestra bajo amor propio?.....	1	2	3	4

¿Con qué frecuencia [CHILD] ...	Nunca	A veces	Frecuente-mente	Muy Frecuente-mente
v. Está ansioso(a) de aprender cosas nuevas?.....	1	2	3	4
w. Es hiperactivo(a)? .....	1	2	3	4
x. Es creativo(a) en el trabajo y el juego?.....	1	2	3	4
y. Es nervioso(a), muy sensible, tenso(a)? .....	1	2	3	4
x. Es desobediente en el hogar? .....	1	2	3	4

## I. ACTIVITIES WITH YOUR CHILD

### I1. CHILD IS IN ....

KINDERGARTEN ..... 1 (*GO TO I2*)  
 FIRST GRADE ..... 2 (*GO TO I3*)

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de usted y [CHILD] en el hogar.

### I2. La semana pasada, ¿ha hecho usted o alguien de su familia las siguientes cosas con [CHILD]?

IF YES, ASK: ¿Cuántas veces ha hecho esto usted o alguien de su familia la semana pasada?  
 ¿Diría usted una o dos veces, o tres o más veces?

	SI	NO	1-2 VECES	3+ VECES
a. ¿Le contó un cuento a (él/ella)?.....	1	2	1	2
b. ¿Le enseñó letras, palabras, o números a (él/ella)?.....	1	2	1	2
c. ¿Le enseñó canciones o música a (él/ella)?.....	1	2	1	2
d. ¿Trabajó en artes o artesanías con (él/ella)?.....	1	2	1	2
e. ¿Jugaron un juego, hicieron deportes o ejercicios juntos?..	1	2	1	2
f. Lo(a) llevó a (él/ella) mientras hacía mandados tales como ir al correo, el banco, o la tienda?.....	1	2	1	2
g. Lo(a) involucró a (él/ella) en quehaceres del hogar tal como cocinar, limpiar, poner la mesa, o cuidar a las mascotas?	1	2	1	2

### I3. ¿Cuántas veces usted o alguien de su familia le *leyó* a [CHILD] la *semana* pasada? ¿Diría usted...

Nunca,..... 1  
 Una o dos veces,..... 2  
 3 o más veces, o..... 3  
 Cada día? ..... 4

I4. El mes pasado, ¿ha hecho usted o alguien de su familia alguna de las siguientes cosas con [CHILD]?

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. ¿Visitado una biblioteca?.....	1	2
b. ¿Ido al cine? .....	1	2
c. ¿Ido a ver una obra de teatro, concierto u otro espectáculo en vivo? .....	1	2
d. ¿Ido a un centro comercial? .....	1	2
e. ¿Visitado una galería de arte, museo, o lugar histórico? .....	1	2
f. ¿Visitado un parque de entretenimiento, parque, o ido a una excursión? .....	1	2
g. ¿Visitado un zoológico o acuario? .....	1	2
h. ¿Hablado con [CHILD] acerca de su historia de familia o herencia étnica.....	1	2
i. ¿Asistido a un evento auspiciado por un grupo de la comunidad, étnico o religioso? .....	1	2
j. ¿Asistido a un evento atlético o deportivo en el que [CHILD] no era jugador?.....	1	2

## J. HOUSEHOLD RULES

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las reglas y límites impuestos en el hogar.

J1. En su hogar, ¿hay reglas generales acerca de ...

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a. Qué programas de televisión puede ver [CHILD]? .....	1	2
b. Cuántas horas puede ver televisión [CHILD]?.....	1	2
c. Qué tipo de comidas come [CHILD]?.....	1	2
d. A qué hora se va a la cama [CHILD]? .....	1	2
e. Qué quehaceres de la casa hace [CHILD]?.....	1	2

J2. ¿Más o menos cuántas horas al día ve televisión [CHILD]?

HORAS AL DIA: \_\_\_\_\_

J3. Algunas veces los niños se portan bastante bien y otras no, ¿Le ha dado unas palmadas a [CHILD] la semana pasada por no portarse bien?

SI..... 1  
NO..... 2 (GO TO K1)

J4. ¿Más o menos cuántas veces en la semana pasada?

CANTIDAD DE VECES: \_\_\_\_\_

## K. HEALTH AND DISABILITY

Ahora tengo algunas preguntas acerca de la salud de [CHILD].

K1. ¿Tiene [CHILD] algunas necesidades especiales o incapacidades – por ejemplo, física, emocional, del lenguaje, de la audición, dificultad de aprendizaje, u otras necesidades especiales?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO K6)

K2. ¿Cómo describiría usted las necesidades de [CHILD]? ¿Tiene (él/ella)...

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DON'T KNOW</b>
a. Una incapacidad específica de aprendizaje? .....	1	2	8
b. Atraso mental? .....	1	2	8
c. Un deterioro del habla? .....	1	2	8
d. Una perturbación emocional seria? .....	1	2	8
e. Sordera u otro deterioro de la audición? .....	1	2	8
f. Ceguera u otro deterioro visual? .....	1	2	8
g. Un deterioro ortopédico? .....	1	2	8
h. Otro deterioro de la salud de duración de 6 meses o más? .....	1	2	8

**BOX K-2**

**IF NO TO K2a-h, CHECK THIS BOX....  
 THEN SKIP TO K6.**

K3. La(s) (incapacidad(es) de [CHILD] le afecta(n) su habilidad para aprender?

SI ..... 1  
 NO ..... 2

K4. ¿Participó usted u otro miembro de la familia en el desarrollo de un Programa de Educación Individualizada o Plan (PEI) para [CHILD]?

SI ..... 1  
 NO ..... 2 (GO TO K6)

K5. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted con el plan? ¿Diría que usted está...

Muy insatisfecho(a), ..... 1  
 Algo insatisfecho(a), ..... 2  
 Algo satisfecho(a), o ..... 3  
 Muy satisfecho(a)? ..... 4

K6. En general, ¿diría usted que la salud de [CHILD] es....

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Excelente,..... | 1 |
| Muy buena,..... | 2 |
| Buena,.....     | 3 |
| Regular, o..... | 4 |
| Mala?.....      | 5 |

K7. ¿Tiene [CHILD] un proveedor de servicio de salud en forma regular para servicio médico de rutina, por ejemplo, servicio de bienestar del niño y exámenes físicos completos?

- |         |   |
|---------|---|
| SI..... | 1 |
| NO..... | 2 |

K8. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un médico u otro profesional de la salud para un examen físico completo u otro servicio de salud de rutina? ¿Diría usted...

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Menos de 1 año,.....                | 1 |
| 1 año, pero menos de 2 años, o..... | 2 |
| 2 años, o más?.....                 | 3 |

K9. ¿Ha ido [CHILD] alguna vez a un dentista o higienista dental para servicio dental?

- |         |               |
|---------|---------------|
| SI..... | 1             |
| NO..... | 2 (GO TO K11) |

K10. ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] vio un dentistas o higienista dental para servicio dental? ¿Diría usted...

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Menos de 1 año,.....                | 1 |
| 1 año, pero menos de 2 años, o..... | 2 |
| 2 años o más?.....                  | 3 |

K11. Ahora algunas preguntas acerca de su salud. ¿Diría usted que su salud en general es...

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Excelente,..... | 1 |
| Muy buena,..... | 2 |
| Buena,.....     | 3 |
| Regular, o..... | 4 |
| Mala?.....      | 5 |

K12. ¿Algún deterioro o problema de salud le impide ahora a usted trabajar en un trabajo o negocio?

- |         |               |
|---------|---------------|
| SI..... | 1             |
| NO..... | 2 (GO TO K14) |

K13. ¿Está usted limitado(a) en el tipo o cantidad de trabajo que usted puede hacer debido a un deterioro o problema de salud?

SI..... 1  
NO..... 2

K14. ¿Tiene usted un proveedor de servicio de salud regular para su propio servicio médico de rutina, por ejemplo, exámenes físicos completos?

SI..... 1  
NO..... 2

K15. ¿Alguien en su hogar fuma cigarrillos regularmente?

SI..... 1  
NO..... 2

**L. CHILD’S MOTHER AND FATHER**

**BOX L-1**

**RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)**

**[CHILD]’s BIO/ADOPTIVE MOTHER..... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)**  
**NOT [CHILD]’s BIO/ADOPTIVE MOTHER. 2 (ASK QUESTIONS ABOUT MOTHER)**

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de (usted/la madre de [CHILD]).

L1. ¿Es (usted/ella) de origen español, hispano, o latino?

- SI ..... 1 (GO TO L2)
- NO..... 2 (GO TO L3)
- REFUSED..... 7 (GO TO L3)
- DON’T KNOW ..... 8 (GO TO L3)

L2. ¿De cuál de uno o más de estos grupos es (usted/ella)...

- a. Mexicano, Mexicanamericano, Chicano..... 1
- b. Puertorriqueño ..... 2
- c. Cubano, u..... 3
- d. Otro grupo español/hispano/latino?..... 4
- REFUSED..... 7
- DON’T KNOW ..... 8

L3. ¿Cuál es (su raza/la raza de ella)? (CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

- BLANCA ..... 01
- NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA..... 02
- INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
(SPECIFY) \_\_\_\_\_ 03
- INDOASIATICA..... 04
- CHINA..... 05
- FILIPINA ..... 06
- JAPONESA ..... 07
- COREANA ..... 08
- VIETNAMITA ..... 09
- OTRA ASIATICA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 10
- NATIVA DE HAWAI..... 11
- GUAMANIANA O CHAMORRA ..... 12
- SAMOANA..... 13
- OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 14
- OTRA RAZA (SPECIFY) \_\_\_\_\_ 15
- REFUSED..... 97
- DON’T KNOW ..... 98

**IF R IS BIO/ADOPTIVE MOTHER, GO TO L9.**

L4. ¿Está la madre de [CHILD] en este hogar?

- MADRE EN EL HOGAR..... 1 (GO TO L8)
- MADRE NO ESTA EN EL HOGAR ..... 2 (GO TO L5)
- MADRE FALLECIDA..... 3 (GO TO L10)

L5. ¿Vive la madre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- SI..... 1
- NO..... 2

L6. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su madre?

CANTIDAD DE DIAS: \_\_\_\_\_

L7. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su madre?

- [CHILD] NUNCA TUVO CONTACTO..... 00
- DON'T KNOW ..... 98

O

- CANTIDAD: \_\_\_\_\_ DIAS..... 1
- SEMANAS..... 2
- MESES..... 3
- AÑOS ..... 4

**BOX L-7**

**IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX....**

**THEN SKIP TO L9.**

L8. (Desde el principio de este año escolar), ¿la madre de [CHILD] ha...

	YES	NO	DON'T KNOW
a. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche de celebración del inicio de clases, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una reunión programada regularmente con el maestro de [CHILD]? .....	1	2	8
c. Asistido a un evento de la escuela o de la clase, tal como un evento deportivo por motivo de [CHILD]?.....	1	2	8
d. ¿Actuado como voluntaria en la escuela o trabajado en un comité?	1	2	8

L9. ¿Cuál es (su estado civil actual/el estado civil actual de ella)?

- CASADA ..... 1
- SEPARADA ..... 2
- DIVORCIADA..... 3
- VIUDA ..... 4
- NUNCA CASADA ..... 5

L10. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (usted/ella) completó?

HASTA 8° GRADO .....	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC .....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).....	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO .....	07
GRADO ASOCIADO .....	08
GRADO UNIVERSITARIO .....	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO .....	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS) .....	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD) .....	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.) .....	13
DON'T KNOW .....	98

**IF CHILD'S MOTHER DECEASED OR HAD NO CONTACT IN LAST YEAR,  
GO TO BOX L-16.**

L11. ¿Está (usted/ella) estudiando actualmente para obtener algún certificado, diploma, o grado?

SI.....	1	<i>(GO TO L12)</i>
NO.....	2	<i>(GO TO L13)</i>
REFUSED.....	7	<i>(GO TO L13)</i>
DON'T KNOW .....	8	<i>(GO TO L13)</i>

L12. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o grado?

LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL.....	01
CERTIFICADO "GED" (O EQUIVALENTE).....	02
DIPLOMA DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).....	03
GRADO ASOCIADO .....	04
DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO ("CDA").....	05
GRADO UNIVERSITARIO .....	06
POSTGRADO .....	07
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____ .	08
REFUSED.....	97
DON'T KNOW .....	98

L13. ¿Ha completado (usted/ella) un certificado, diploma, o grado desde la última primavera?

SI.....	1	
NO.....	2	<i>(GO TO L15)</i>
REFUSED.....	7	<i>(GO TO L15)</i>
DON'T KNOW .....	8	<i>(GO TO L15)</i>

L14. ¿Qué tipo de certificado, diploma, o grado ? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

LICENCIA O CERTIFICADO COMERCIAL.....	01
CERTIFICADO “GED” (O EQUIVALENTE).....	02
DIPLOMA DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).....	03
GRADO ASOCIADO .....	04
DESARROLLO ASOCIADO DEL NIÑO (“CDA”).....	05
GRADO UNIVERSITARIO .....	06
POSTGRADO .....	07
OTRO (POR FAVOR ESPECIFIQUE) _____	08
REFUSED.....	97
DON’T KNOW .....	98

L15. ¿Está (usted/ella) trabajando actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o alguna otra cosa? (CIRCLE ONE RESPONSE.)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS POR SEMANA) ...	01
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL .....	02
BUSCANDO TRABAJO .....	03
SUSPENDIDA DEL TRABAJO.....	04
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO .....	05
EN LA CARCEL/PRISION.....	06
EN EL EJERCITO .....	07
ATENDIENDO LA CASA .....	08
ALGUNA OTRA COSA (PLEASE SPECIFY) .....	09
REFUSED.....	97
DON’T KNOW.....	98

**BOX L-15**

**IF R IS CHILD’S (BIRTH/ADOPTIVE) MOTHER**

**OR**

**IF R IS NOT CHILD’S (BIRTH/ADOPTIVE) MOTHER, BUT CHILD’S (BIRTH/ADOPTIVE) MOTHER IS IN HOUSEHOLD,**

**CHECK THIS BOX...  . THEN SKIP TO BOX L-16.**

L16. En los 12 meses pasados, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] de la madre de (él/ella)?

YES .....	1
NO.....	2

BOX L-16

RESPONDENT IS: (CIRCLE ONE.)

[CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER ..... 1 (ASK QUESTIONS ABOUT R)  
 NOT [CHILD]'s BIO/ADOPTIVE FATHER 2 (ASK QUESTIONS ABOUT FATHER)

Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca (de usted/del padre) de [CHILD].

L17. ¿Es (usted/él) de origen español, hispano, o latino?

- SI..... 1 (GO TO L18)
- NO..... 2 (GO TO L19)
- REFUSED..... 7 (GO TO L19)
- DON'T KNOW ..... 8 (GO TO L19)

L18. ¿De cuál de uno o más de estos grupos es (usted/él)...

- a. Mexicano, Mexicanamericano, Chicano..... 1
- b. Puertorriqueño ..... 2
- c. Cubano, u..... 3
- d. Otro grupo español/hispano/latino?..... 4
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW ..... 8

L19. ¿Cuál es (su raza/la raza de él)? (CIRCLE ALL THAT ARE MENTIONED.)

- BLANCA ..... 01
- NEGRA, AFROAMERICANA, O NEGRA..... 02
- INDIA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA  
 (SPECIFY)..... 03
- INDOASIATICA..... 04
- CHINA..... 05
- FILIPINA ..... 06
- JAPONESA ..... 07
- COREANA ..... 08
- VIETNAMITA ..... 09
- OTRA ASIATICA (SPECIFY) ..... 10
- NATIVA DE HAWAI..... 11
- GUAMANIANA O CHAMORRA ..... 12
- SAMOANA..... 13
- OTRA DE LAS ISLAS DEL PACIFICO (SPECIFY) ..... 14
- OTRA RAZA (SPECIFY)..... 15
- REFUSED..... 97
- DON'T KNOW ..... 98

IF R IS FATHER, GO TO L25.

L20. ¿Está el padre de [CHILD] en este hogar?

- PADRE EN EL HOGAR..... 1 (GO TO L24)
- PADRE NO ESTA EN EL HOGAR..... 2
- PADRE FALLECIDO ..... 3 (GO TO L26)

L21. ¿Vive el padre de [CHILD] en la misma ciudad o condado que [CHILD]?

- SI..... 1
- NO..... 2
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW ..... 8

L22. El año pasado, ¿cuántos días más o menos ha visto [CHILD] a su padre?

CANTIDAD DE DIAS: \_\_\_\_\_

L23. ¿Cuánto tiempo hace desde la última vez que [CHILD] tuvo contacto con su padre?

- [CHILD] NUNCA TUVO CONTACTO..... 00
- DON'T KNOW ..... 98

O

- CANTIDAD: \_\_\_\_\_ DIAS..... 1
- SEMANAS..... 2
- MESES..... 3
- AÑOS ..... 4

**BOX L-23**

**IF NO CONTACT IN LAST 12 MONTHS, CHECK THIS BOX....  
THEN SKIP TO L25.**

L24. (Desde el principio de este año escolar), ¿el padre de [CHILD] ha...

	<b>YES</b>	<b>NO</b>	<b>DON'T KNOW</b>
b. Asistido a una reunión general de la escuela, por ejemplo, una reunión sin invitación específica, una noche de celebración- del inicio de clases, o una reunión de una organización de padres y maestros?.....	1	2	8
b. Ido a una reunión programada regularmente con el maestro de [CHILD]?.....	1	2	8
c. Asistido a un evento de la escuela o de la clase, tal como un evento deportivo por motivo de [CHILD]?.....	1	2	8
d. ¿Actuado como voluntario en la escuela o trabajado en un comité?	1	2	8

L25. ¿Cuál es (su estado civil actual/el estado civil actual de él)?

- CASADO ..... 1
- SEPARADO ..... 2
- DIVORCIADO..... 3
- VIUDO ..... 4
- NUNCA CASADO ..... 5
- REFUSED..... 7
- DON'T KNOW ..... 8

L26. ¿Cuál es el grado o año de escuela más alto que (usted/él) completó?

HASTA 8° GRADO .....	01
9° A 11° GRADO.....	02
12° GRADO PERO SIN DIPLOMA.....	03
DIPLOMA DE ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA)/EQUIVALENTE.....	04
PROGRAM VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA) PERO NO DIPLOMA VOC/TEC .....	05
DIPLOMA VOC/TEC DESPUES DE LA ESCUELA (SUPERIOR/SECUNDARIA).....	06
ALGO DE UNIVERSIDAD PERO SIN GRADO .....	07
GRADO ASOCIADO .....	08
GRADO UNIVERSITARIO .....	09
ESCUELA GRADUADA O PROFESIONAL PERO SIN GRADO .....	10
GRADO DE MAESTRIA (MA, MS) .....	11
GRADO DE DOCTORADO (PHD, EDD) .....	12
GRADO PROFESIONAL DESPUES DEL GRADO UNIVERSITARIO (MEDICINA/MD; DENTISTA/DDS; DERECHO/JD/LLB; ETC.) .....	13
DON'T KNOW .....	98

**IF CHILD'S FATHER DECEASED OR HAD NO CONTACT IN LAST YEAR,  
SKIP TO M1.**

L27. ¿Está (usted/él) trabajando actualmente, de tiempo completo, tiempo parcial, buscando trabajo, en la escuela, en un programa de adiestramiento, atendiendo la casa, o alguna otra cosa? (*CIRCLE ONE RESPONSE.*)

TRABAJANDO DE TIEMPO COMPLETO (30 HORAS O MAS POR SEMANA)..	01
TRABAJANDO TIEMPO PARCIAL .....	02
BUSCANDO TRABAJO .....	03
SUSPENDIDO DEL TRABAJO.....	04
EN LA ESCUELA/ADIESTRAMIENTO .....	05
EN LA CARCEL/PRISION.....	06
EN EL EJERCITO .....	07
ATENDIENDO LA CASA .....	08
ALGUNA OTRA COSA ( <i>PLEASE SPECIFY</i> ) .....	09
REFUSED.....	97
DON'T KNOW.....	98

**BOX L-27**

**IF R IS CHILD'S FATHER OR  
IF R IS NOT CHILD'S FATHER, BUT CHILD'S FATHER IS IN HOUSEHOLD,  
CHECK THIS BOX.... THEN SKIP TO M1.**

L28. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido (usted/su familia) pagos de pensión alimenticia para [CHILD] del padre de (él/ella)?

SI .....	1
NO.....	2
REFUSED.....	7
DON'T KNOW .....	8



## M. INCOME AND HOUSING

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las fuentes de ingreso de su hogar. Esta información permanecerá confidencial.

M1. Incluyéndose usted mismo(a), ¿cuántos adultos contribuyen al ingreso de su hogar?

CANTIDAD DE ADULTOS: \_\_\_\_\_

M2. ¿Tiene su familia seguro de salud distinto a Medicare a través de (su trabajo) o del trabajo de otro adulto del hogar que esté empleado?

SI .....	1
NO.....	2
REFUSED.....	7
DON'T KNOW .....	8

M3. ¿Recibió usted alguna de las siguientes otras fuentes de ingreso del hogar o ayuda en los últimos seis meses?

	YES	NO
<input type="checkbox"/> a. Bienestar, TANF, o ayuda general.....	1	2
b. Seguro de desempleo.....	1	2
<input type="checkbox"/> c. (Cupones/Sellos/Estampillas/Cheques) de alimento .....	1	2
<input type="checkbox"/> d. WIC -- Programa especial de comida suplementaria para Mujeres, Infantes, y Niños .....	1	2
e. Pensión Alimenticia al Niño.....	1	2
f. SSI o Seguro Social de Retiro, Incapacidad, o beneficios de Sobreviviente.....	1	2
g. Pagos por proveer cuidado de crianza .....	1	2

**BOX M-3**

**IF M3 a, c, OR d WERE ANSWERED YES,  
CHECK THIS BOX.... THEN ASK M4.  
OTHERWISE, GO TO M5.**

M4. En algunos estados a las personas que reciben diferentes tipos de ayuda pública se les ha requerido que hagan ciertas cosas tales como tomar cursos, recibir adiestramiento de trabajo, o encontrar un trabajo. ¿Se le requiere a usted o a alguna otra persona del hogar que...

	YES	NO
a. Asista a un adiestramiento de trabajo?.....	1	2
b. Asista a la escuela o a una clase GED? .....	1	2
c. Consiga un trabajo? .....	1	2
d. Haga alguna otra cosa? ( <i>please specify</i> ) _____	1	2

M5. Pensando acerca de todas las fuentes de ingreso acerca de las que usted me acaba de hablar, ¿cuál fue el ingreso total para su hogar el último mes antes de impuestos y otras deducciones? Su mejor cálculo estaría bien.

INGRESO DEL HOGAR..... \$ \_\_ , \_\_ \_\_ \_\_ (GO TO M7)

O

REFUSED.....7 (GO TO M7)

DON'T KNOW.....8 (GO TO M6)

M6. ¿Diría usted que éste fue...

Menos de \$250.....	01
Entre \$251 y \$500.....	02
Entre \$501 y \$1.000.....	03
Entre \$1,001 y \$1.500.....	04
Entre \$1,501 y \$2.000.....	05
Entre \$2,001 y \$2.500, o.....	06
Sobre \$2.500.....	07
REFUSED.....	97
DON'T KNOW.....	98

Las siguientes preguntas son acerca de vivienda.

M7. ¿Vive usted ahora en ...

Una casa, un departamento, o una casa móvil propia, con su familia solamente,.....	1
Una casa, un departamento, o una casa móvil que usted comparte con otra familia,.....	2
Vivienda de transición (departamento) o un refugio para personas sin hogar, o.....	3
Algún otro lugar? (please specify)_____	4

M8. ¿Cuántas veces se ha mudado usted en lo últimos seis meses?

VECES: \_\_\_\_\_

M9. ¿Actualmente es usted dueño(a) de su casa o apartamento, paga renta, o vive en una vivienda pública o subsidiada?

ES DUEÑO(A) O ESTÁ COMPRANDO SU CASA O APARTAMENTO..	1
RENTA (SIN AYUDA PÚBLICA).....	2
VIVIENDA PÚBLICA O SUBSIDIADA.....	3
ALGÚN OTRO ARREGLO.....	4

M10. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez testigo de un crimen o violencia doméstica?

SI..... 1  
NO..... 2  
REFUSED..... 7  
DON'T KNOW ..... 8

M11. El último año, ¿ha sido [CHILD] alguna vez víctima de un crimen o violencia doméstica?

SI..... 1  
NO..... 2  
REFUSED..... 7  
DON'T KNOW ..... 8

M12. El último año, ¿alguien de su hogar o (el padre/la madre) biológico(a) de [CHILD] ha sido arrestado(a) o acusado(a) de un crimen por la policía?

SI..... 1  
NO..... 2 (GO TO BOX M-13)  
REFUSED..... 7 (GO TO BOX M-13)  
DON'T KNOW ..... 8 (GO TO BOX M-13)

M13. ¿Pasó esta persona algún tiempo en la cárcel?

SI..... 1  
NO..... 2  
REFUSED..... 7  
DON'T KNOW ..... 8

<b>BOX M-13</b>	
<b>CHILD IS IN ....</b>	
<b>KINDERGARTEN.....</b>	<b>1 (GO TO N1)</b>
<b>FIRST GRADE.....</b>	<b>2 (GO TO END OF INTERVIEW)</b>



## N. CHILD CARE

**IF CHILD IS IN FIRST GRADE, GO TO END OF INTERVIEW.**

Ahora hablemos acerca de los arreglos para el cuidado del niño que usted está usando actualmente para [CHILD]. El cuidado para el niño no incluye el tiempo en su clase de kindergarten, pero puede incluir arreglos separados para el cuidado del niño en la escuela antes o después de las clases.

N1. ¿Está [CHILD] recibiendo cuidado para el niño?

- SI..... 1  
 NO..... 2 (GO TO 01)

N2. ¿En cuántos diferentes arreglos para el cuidado del niño pasa tiempo [CHILD] cada semana?

CANTIDAD DE ARREGLOS: \_\_\_\_\_

N3. ¿Dónde está el proveedor de cuidado primario?

- EN EL HOGAR DE [CHILD] CON ALGUIEN QUE NO ES SU PADRE  
 O MADRE ..... 1  
 HOGAR DE PARIENTES..... 2  
 HOGAR DE PERSONAS QUE NO SON PARIENTES ..... 3  
 EN LA ESCUELA EN UN PROGRAMA ANTES O DESPUES DE  
 CLASES (O CUIDADO AL FINALIZAR)..... 4  
 OTRO CENTRO DE CUIDADO DEL NIÑO ..... 5  
 OTHER (PLEASE SPECIFY) \_\_\_\_\_ 6

N4. ¿Cuántas horas por semana se usa este cuidado?

HORAS POR SEMANA: \_\_\_\_\_

N5. ¿Quién paga por este cuidado del niño?

- |  | YES | NO |
|--|-----|----|
| a. ¿Paga por esto usted mismo(a)?.....                               | 1   | 2  |
| b. ¿Paga una agencia de gobierno? .....                              | 1   | 2  |
| c. ¿Paga un empleador?.....  | 1   | 2  |
| d. ¿Intercambia usted cuidado del niño con alguna otra persona?..... | 1   | 2  |
| e. Other (please specify) _____                                      | 1   | 2  |

N6. Ahora le voy a preguntar acerca de las experiencias de [CHILD] con el cuidado del niño. Por favor dígame cual de estas respuestas describe mejor la experiencia de [CHILD]: *nunca, algunas veces, frecuentemente, o siempre*

		<b>Algunas</b>	<b>Frecuen-</b>	<b>Siem-</b>	
		<b>Nunca</b>	<b>veces</b>	<b>temente</b>	
				<b>pre</b>	
a.	[CHILD] se siente seguro y protegido en el cuidado. ....	1	2	3	4
b.	[CHILD] recibe mucha atención individual.....	1	2	3	4
c.	El proveedor de cuidado de [CHILD] está abierto a la información nueva y al aprendizaje .....	1	2	3	4

## O. YOUR FEELINGS

- O1. Le voy a leer una lista de sentimientos o actitudes que las personas tienen acerca de sí mismas. Después que yo lea cada una por favor dígame si usted está *totalmente en desacuerdo*, *en desacuerdo*, *de acuerdo*, o *totalmente de acuerdo* en que usted siente de esta manera

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
a. No hay manera realmente que yo pueda resolver algunos de los problemas que yo tengo.....	1	2	3	4
b. Algunas veces siento que estoy siendo llevado(a) por las circunstancias en la vida.....	1	2	3	4
c. Yo tengo poco control sobre las cosas que a mí me pasan.....	1	2	3	4
d. Yo puedo hacer casi cualquier cosa que realmente me propongo hacer.....	1	2	3	4
e. Frecuentemente me siento desvalido(a) cuando trato de resolver los problemas de la vida..	1	2	3	4
f. Lo que a mí me pase en el futuro depende mayormente de mí.....	1	2	3	4
g. Hay muy poco que yo pueda hacer para cambiar muchas de las cosas importantes de mi vida.....	1	2	3	4

O2. Le voy a leer una lista de maneras en que usted se puede haber sentido o comportado. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido usted de esta manera durante la semana pasada: *raramente o nunca, algo o un poco, ocasionalmente o moderadamente, o la mayor parte o todo el tiempo.*

	<b>Raramente o nunca</b>	<b>Algo o un poco</b>	<b>Ocasional-mente o moderada-mente</b>	<b>La mayor parte o todo el tiempo</b>
a. Molesto(a) por cosas que usualmente no le molestan.....	1	2	3	4
b. No tenía ganas de comer, no tenía apetito.....	1	2	3	4
c. No podía quitárse la tristeza, aún con la ayuda de su familia y sus amigos .....	1	2	3	4
d. Tuvo problema para mantener la mente en lo que estaba haciendo ..	1	2	3	4
e. Deprimido(a).....	1	2	3	4
f. Que todo lo que usted hizo era un esfuerzo .....	1	2	3	4
g. Temeroso(a).....	1	2	3	4
h. Usted durmió inquieto(a).....	1	2	3	4
i. Usted habló menos de lo usual.....	1	2	3	4
j. Usted se sintió solitario(a) .....	1	2	3	4
k. Usted se sintió triste .....	1	2	3	4
l. Usted no podía “continuar” .....	1	2	3	4



**If found, return to:**  
Westat  
1650 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850